



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1938, 15(3): 458-468

ISSUE DATE:

1938-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204934>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

直腸癌根治手術 Goetze 氏法 = 就テ

大 澤 達 (第45回近畿外科學會所演)

直腸癌手術 = 對シテ行ハル、合併術式、殊 = 吾々ノ教室 = 於テ行ハレテ居ル腹背同時の合併術式ハ、直腸癌ガ高位デアルト否トヲ問ハズ、根治術式トシテ理想的術式デアルコトハ議論ノ餘地ガナイ。然ル = 一般外科醫ノ傾向ハ背部術式ノ術後死亡率ガ低イタメニ、Goetze ノ云フ様 = 理性ハ合併術式 = 向ヒツ、感情ハ背部術式 = 支配サレ勝デ、多クハ背部術式ガ行ハレテ居ル現状デアル。所ガ背部術式デハ根治手術トシテノ絶對要件デアル所ノ、¹「所屬淋巴腺ノ徹底的廓清」ト²「S 狀結腸ノ廣汎切除」ノ2 條件ヲ2 ツ共満足サセルコトガ出來ナイ。此事ハ Westhues ノ直腸癌外科 = 關スル廣汎ナル業績ニ於テ明白 = サレタ所デアル。然ル = 數年前 Goetze ガ Westhues ノ研究 = 基ヅイテ創始シタ術式ハ背部薦骨術式デアルガ、從來ノ Kraske ノ術式トハ根本的 = 異リ、上記2 要件ヲ完全 = 具備シテ居ル。余ハ先項在歐中獨逸外科學會 = 於テ同氏ノ宿題報告ヲ聽キ又親シク同氏ノ教室ヲ訪ネテ本手術ヲ目撃シ、甚ダ有用ナル術式デアルコトヲ痛感シタ。

即チ本手術ハ Kraske 氏法ノ肛門周圍剝離カラ上方ヘ進ミ終 = 腹腔 = 達スル = 反シ、最初薦骨前面直腸後部組織ヲ Fascia pelvis visceralis ト共 = 岬角 = 至ル迄剝離シ、輸尿管内側 = 於テ腹腔ヲ開キ、直チ = S 狀部ノ遊離ヲ行ヒ上痔動脈ヲ高ク結紮シ、然ル後下方 = 向ツテ直腸ヲ遊離スルノデアル。即チ Goetze 氏法デハ合併術式 = 於テ利點トシテ居ル腹腔内操作ヲ、背方カラ一舉 = 行フノデアツテ (Goetze ノ所謂薦骨式開腹)、蓋シ本法ノ有利點トスル所ハ、1) 直腸ノ癒着程度ヲ前以テ知り上方カラ下方 = 向ツテ剝離出來ルコト、2) 直腸後方 = 於ケル直腸所屬淋巴腺ノ最モ多キ組織ヲ Fascia pelvis visceralis ト一緒 = 一塊トナシテ、極メテ容易 = 然モ完全 = 遊離除去シ得ルコト、3) 吾々ガ合併術式 = 於テ唱ヘテ居ル所ノ上痔動脈ヲ手術初期 = 於テ、上方デ結紮シ手術經過中ノ出血ヲ節減シ得ルコトデアル。

本術式 = ヨリ S 狀結腸ハ30 糎ヲ安全 = 切除スルコトハサシテ困難デナイガ、吾人ハ一女性患者デ35 糎ヲ切除シ、其ノ口側6-7 糎ハ尙壞死 = 陷ラナカツタコトヲ經驗シテ居ル。Sudeck ノ所謂 kritische Punkt ハ何等顧慮ノ要ナク、其レ以上デノ結紮モ決シテ危險デハナイ。吾々ノ場合ハ搏動血管ヲ缺如シタ部分デモ尙數糎壞死 = 陷ラナカツタ。

此ノ患者デノ經驗デハ腫瘍上端ハ肛門ヨリ10 糎デアツタガ、淋巴腺轉移ハ實 = 30 糎 = 迄及ンデ居タコトヲ手術中 = 認メ、其ノ全ク安全ナル部位 = 於テ、S 狀部ヲ切除スルコトガ出來タノデアルガ、斯クノ如キハ合併術式ヲ措イテハ到底他ノ方法デハ爲シ得ナイ所デアル。

手術ハ一般 = 腹位 = 於テ爲シ操作ハ他ノ方法 = 較ベテ非常 = 容易デアリ、術野廣ク手術中ノ

出血少ク、所屬淋巴流域ハ完全ニ廓清サレ、S 狀結腸ヲ可及的長ク切除シ得ル良法デアル。又手術ハ全過程ヲ通ジ Nupercain ノ Spinalanaesthesie (Kirschner) ノ下ニ全ク無痛ニ行ヒ得ル。全肛門部及ビ創ノ感染ヲ防護スルニハ、吾々ノ以前カラ唱ヘテ居ル様ニ造設肛門以下7—8糞ノ所ニテ腸管ヲ切斷シ、端ニ「ゴム」袋ヲ附シテ汚物ヲ受ケシメ、「ガス」ノ交通ヲ最初ヨリ自由トナシ、露出腸管及ビ縫合創ヲ「ワゼリンガーゼ」ニテ被覆スル。

即チ Goetze 氏法ハ Radicalität ニ於テ殆ド合併術式ニ準ズル有用ナル術式デアル。然シ乍ラ S 狀結腸ハ人ニヨツテハ著シク短小ナルコトガアルカラ、此ノ様ナ場合ニハ背部肛門ノ造設ハ不可能デアツテ、腹部肛門造設ハ止ムヲ得ナイカラ、術前ニ線検査ヲ参照シテ G 氏法カ合併術式カノ適應ヲ定メタ方ガ可イ。又 S 狀結腸短小ナラズトモ高位直腸癌ノ場合ニハ合併術式ノ優レルコトハ論ヲ俟タヌ所デアル。

要之 Goetze 氏ノ直腸癌根治手術々式ハ甚ダ有用ナル好術式デアツテ、背部術式ノ一大進歩ト認メテ可イ。從來汎ネク用ヒラレテ居ル Kraske-Völker 氏法ハ根治手術トシテノ價值無キ方法デアルカラ良心アル外科醫ハ須ラク之ヲ全廢シ、低位ニシテ從來 Kraske-Völker 氏法ノ適應症ト認メラレタ様ナ簡單ナル直腸癌モ總テ Goetze 氏法ニ變更サル可キデアルト云フコトヲ提唱スル。然シ乍ラ Goetze 氏法ノ出現ニ由テ合併術式ハ微動ダニスルモノデハナイ。合併術式ニハ Goetze 氏法ノ及バヌ優點ガ多クアルカラデアル。將來ノ直腸癌外科ハ恐ラク是等兩術式ノ間ニ適應ガ論ゼラレルモノト思ハレルガ多數症例ト長期觀察トニヨツテ此問題ヲ研究シ度イモノデアル。

放線狀菌病ノ線治療例

吉 野 位 (京都外科集談會昭和12年12月例會所演)

患 者: 73歳 女子 (昭和12年 24/X 入院)

主 訴: 廻盲部ニ於ケル無痛性腫瘤

現病歴: 本年2月頃廻盲部ニ無痛性腫瘤アルニ氣附キシガ、苦痛無キヲ以テ放置セシニ、腫瘤ハ初メ徐々ニ8月頃ヨリハ急速ニ大イサヲ増シ腹壁上ニ膨滿シ來レリ、但シ今ニ至ル迄何等ノ苦痛モ無シ。

局所々見: 廻盲部ハ超手拳大瀰漫性ニ膨滿腫脹シ、被覆皮膚略々尋常ナルモ、中央ニハ鷲卵大ノ發赤部アリ。其ノ一部ハ表皮破レ、帶綠灰白色ノ顆粒狀物ヲ混ズル分泌物アリ。觸診上、表面多少扁平凹凸性、板狀硬、發赤部ハ軟化ス。限界稍々不明瞭ナルモ、上ハ臍ノ高サヨリ2cm下方、右ハ腸骨窩ヲ充シ、下ハ恥骨上枝ノ2cm上方、左ハ正中線ヲ超ユルコト1cmニシテ深部トノ移動性殆ド無シ。

ニ線検査ニ依リ腫瘤ハ廻腸末端ニ近キ部ト密ニ癒着シ、此ノ部ガ原發部位ト思ハル。

膿中ノ顆粒狀物ハ鏡檢上 Aktinomyces ノ Druse ナリ。

診斷並ニ治療: 廻盲部放線狀菌病ノ診斷ノ下ニ軟化部ニ切開ヲ加フルト共ニ、ニ線療法ヲ行フ。量ハ10% H.E.D. 2分間、毎4日。退院迄ニ10回照射ヲ局所ニ行ヘリ。

經過並ニ退院時所見: ニ線療法開始以來、腫瘤ハ徐々ニ小トナリ、切開創モ小トナリ遂ニ創ハ治癒セリ。退院時(同年8/XII,)所見トシテハ、右下腹部ニテ恥骨上枝ヨリ2横指上方ニテ正中線ヨリ2横指右方ニ示指頭大ノ表皮薄キ暗赤色部アリ。此ノ深部ニ鳩卵大、彈性硬ノ腫瘤存シ、深部トノ移動性多少制限セラレ腸ト癒着セルモノノ如シ。此ノ部ニ壓痛ヲ訴ヘズ。

提要：要スルニ本例ハ深部臓器タル廻腸末端部ニ原發シ腹壁ニ迄及ベル廻盲部放線狀菌病ニシ線療法ヲ行ヒテ著シク輕快セシメ、觀血的ニ切除可能ノ域ニ迄至リタル例ナリ。

吾々ノ用ビシシ線ノ量ハ普通炎衝ニ用ヒラル、量ニテ良效ヲ收メタリ。依ツテ此ノ量ニテ放線狀菌症ヲモ治療シテ可ナリト思ハル。

遊離移植セル大網膜ニ就テ

村 上 治 朗 (京都外科集談會昭和13年2月例會所演)

患 者：48歳，男子（昭和12年13/XII 入院）

主 訴：腹部膨滿感

現病歴：約30年前カラ絶エズ腹部膨滿感ガアツタガ、最近3年間程ハ特ニソノ苦惱著シク、羸瘦シタ。

全身所見：體格中等、榮養著シク衰へ、顔貌蒼白、貧血著明。

局所所見：腹部ハ一般ニ膨滿モ陷沒モセズ。腹壁ニハ靜脈怒張、蠕動不穩、局所の膨突ヲ認メズ。何處ニモ壓痛、腹壁緊張、異常抵抗、腫瘤ヲ證明セズ。直腸膨大部ハ輕度ニ擴大ス。

手術：昭和13年8/I日試験的開腹ヲ行フ。腹腔ヨリハ約150 鈺ノ淡黃色透明ノ腹水ヲ證明ス。S 狀結腸、胃、肝、脾、空腸ニ異常ヲ認メズ。廻腸ハトライツ氏靱帶ヨリ約2米ノ所ヨリ肛門側ハ相互ニ癒着シテ團塊トナリ小骨盤腔内ニアリ、蟲樣突起並ビニ盲腸部ハソノ内ニ隠レテ見エズ、小腸壁ハ癒着部ノ口側デ肥厚又ハ擴大スルコトナシ。癒着ヲ口側ヨリ漸次剝離シテソノ中心ニ瘢痕樣ニ萎縮セル蟲樣突起ヲ認メコレヲ切除ス。小腸ノ癒着ヲ剝離セル部ノ長サハ約40種ニシテソノ漿膜ハ殆ンド全長ニ互リ著シク損傷セラレ、コノ部ヲ切除セザレバ早晚再ビ相互ニ癒着シテ腸閉塞症ヲ惹起スベキモノト考ヘラル。シカレドモ患者ノ全身狀態ハ廣範ナル小腸切除又ハ小腸結腸吻合術ニ堪ヘザルカニ思ハレタルニヨリコレヲ行ハズ。

此處ニ於テ余等ハ長徑約10種、短徑約5種ノ大網膜片ヲ切除シ、コレヲ擴ゲテ個々結節縫合ニヨリ廣範ナル漿膜剝離部ノ口端ノ一部ヲ覆ハシメ、再ビ開腹手術ヲ行フ機會アラバコノ遊離移植セル大網片ノ運命ヲ見ンモノト企圖シテ手術ヲ了ル。

術後經過：7日目投糸、手術創ハ第I期癒合、手術後10日目頃ヨリ腹部膨滿シ始メ、廻盲部ニ蠕動不穩ヲ認ムルニ至リ、病狀ハ漸次増惡シ、14日目以來放屁ナク、15日目腸閉塞ノ診斷ノモトニ再ビ手術ヲ行フ。

再手術：腹腔内ハ豫想ノ如ク前手術時剝離セル小腸部ガ再ビ相互ニ癒着、團塊ヲナシ、小骨盤内ニアリ、コノ部ニ於テ腸閉塞ヲ起セルモノナルコトヲ知ル。前手術時ニ遊離セル大網膜片ヲ檢スルニ骨盤腔内ニ相互癒着シテ團塊ヲナセル小腸塊ノ上端ニ、周圍ト癒着スルコトナク認メラル。ソノ狀態ハ一見正常大網膜ニ似タルモ漿膜下脂肪組織並ビニ血管ニ富ミ稍々肥厚セリ。即チ遊離移植セル大網膜片ノ榮養ハ極メテ佳良ナルモノノ如シ。手術ハ廻腸結腸吻合術ヲ行ヒテ了ル。

考察：漿膜面缺損部補充ニ利用シタ大網膜片ノ運命ヲ15日目、再開腹シテコレヲ檢シ得タノデアルガ、移植大網膜片ハソノマ、生存シ、稍々肥厚セル以外ハ漿膜下脂肪組織並ビニ血管ニ富ミ、周圍組織ト癒着セズシテ存スルヲ認メタリ。

大網遊離移植ヲ漿膜缺損面補充ニ當テル試ミハ既ニ1889年 Senn ニヨツテ提唱セラレ、ソノ後 Levit (1920), Brocq, Ducastaigne u. Reilly (1922), Rosenstein (1932) 等ニヨリ漿膜缺損面ヲ放置スルコトニヨリ屢々惹起スベキ不快ナル Adhäsionsbeschwerde ヲ避ケル最良ノ方法デアルコトガ強調サレタノデアルガ、今日尙我國デハ充分ニ廣ク實施サレルニ至ツテ居ナイカニ思ハレル。此處ニ報告シタ再開腹例ニ就テモ解ル様ニ遊離移植大網膜片ハ容易ニ漿膜缺損部ニ癒合シ、新シキ漿膜面ヲ作り周圍漿膜面ト癒着ヲ起サナイコトハ Rosenstein モ死體解剖

例1, 再開腹例1 = 就テ確認シ, 他ノ諸家モ術後 Adhäsionsbeschwerde ノ起ラナイトイフ臨床
上ノ事實デ間接ニ立證シテ居ル所デアル。ソレデアルカラ此處ニ遊離移植大網膜片ノ再開腹所
見ヲ述ベテ今後腹腔手術時ニ於ル癒着症狀ノ豫防ニ利用セラレンコトヲ推奨スル。

多數實施者中ニハ大網膜ヲ全切除スルコトハ稀ニ胃並ニ腸出血ヲ起スベキコトアルニヨリ避
クベキモノデアリ, 腸管全周ヲ覆フ大網膜移植ハコレガ多少ノ萎縮ヲ來シ腸狭窄ヲ起スベキコ
トアルニヨリ避クベシト言ツテ居ル者モアル。(Rosenstein: Arch. f. klin. Chir. Bd. 169, 1932)

昇汞中毒性無尿症ニ對スル腎被膜剝離術ノ1例

三 好 爲 一 (京都外科集談會昭和13年2月例會所演)

患 者: 35歳, 男子, 昭和13年 29/I入院

主 訴: 無尿症

現病歴: 昭和13年 24/I午前11時半頃昇汞10錠ト_Lアダリン¹約 10gヲ同時ニ服用セシニ約30分後ヨリ頻
回ノ嘔吐並ニ下痢ヲ來セリ。吐物ハ胆汁色, 血様物ニテ, 下痢便ハ混血稀薄粘液ナリ。午後2時半頃胃洗滌
ヲ受ケ, 粘膜ノ小片ヲ混ジタル淡赤褐色液ヲ出ダス。以後嘔吐, 下痢ハ止ミタルモ排尿少ク, 翌日及ビ翌々
日ハ排尿全クナク, 激シキ口渴及ビ口内痛ヲ覺ユ。服毒後第4日目ニハ口渴ハヤハ輕減セシモ, 頭痛ヲ訴ヘ,
排尿ハ僅ニ約 10ccノミ。第5日目ニハ約 40ccノ排尿アリシモ, 腹部漸次膨大シ來タレリ。此間内科の處
置ハ續ケラレタリ。

現 症: 體格中等, 榮養佳良, 皮膚ハ蒼白ニシテ, 全身のニ浮腫狀ヲ呈ス。意識ハ明瞭, 脈搏 1分時83,
整, 緊張僅ニ弱ク, 大ナリ。顔面ハ浮腫狀ニテ, 蒼白, 苦悶ノ狀アリ。瞳孔形, 大サ, 對光反應尋常, 口唇ニ
ハ變ナキモ, 生魚ノ如キ口臭アリテ, 齒齦黑色ヲ呈シ, 易出血性, 自發痛アリ。舌ハ灰白苔ヲ被ル。口腔粘
膜ハ兩頰部共ニ約50錢銀貨大ノ潰瘍面存シ, 周圍ニ壊死粘膜附着ス。咽頭ハ充血シ, 兩側咽頭, 扁桃腺, 小
指頭大ニ腫脹ス。音聲尋常。腹部ハ一般ニ緊張, 膨大シ, 右側腹部ニ手掌大ノ皮下瘀血斑ヲ, 左側腹部ニ數
條ノ靜脈腫脹ヲ見ル。打診上一般ニ鼓音ヲ呈シ, 鼓腸著明ニシテ波動ヲ認メズ。抵抗並ニ壓痛モ亦タコレヲ
證明スルヲ得ズ。肝臓, 脾臓, 腎臓ニハ觸レズ。下肢ハ僅ニ浮腫狀ヲ呈シ, 膝蓋反射, _Lアキレス¹反射弱シ。

血液像(25/I): 赤血球總數1085萬, 血色素量137% (ザーリー), 色素系数0.63, 白血球總數 11700, 中性
嗜好性白血球92%。

尿所見 (29/I): 尿量 60cc, 白色, 濁濁, 弱酸性, 沈渣ニハ白血球多數, 顆粒狀圓嚢, 上皮細胞圓嚢, 上皮
細胞少數アリ。赤血球ハ認メ得ズ。

手術: 29日午後9時(服毒後第6日目), 超腹膜腎臟皮切約 25cmヲ加ヘ, 筋膜, 潤背筋ヲ切斷シ, 脂肪
膜ヲ扒開シテ腎臟ヲ露出セルニ, 大イサ 15cm×7.5cm×6cmニテ, 暗赤色ヲ呈シ, 軟, 白膜ノ剝離ハ容易
ナリキ。此際附近ノ腹膜ヲ開キ腹腔ヲ檢セルニ, 腹水ハ僅ニ約 3cc 證明セラレシノミ。腹膜ヲ閉ヂ, 腎臟
部ニ排液管ヲ挿入シ, 筋, 筋膜, 皮膚縫合ヲナス。

經 過: 尿量ハ手術ノ翌日ニハ 443cc, 術後第3日目ニハ 534cc, 第4日目ニハ 721ccトナリシモ, 鼓
腸著シク, 血壓ハ漸次低下シテ, 遂ニ術後第5日目ニ鬼籍ニ入ル。

腎臟病理學的所見:

肉眼の所見: 左腎: 大サ14cm×7cm×3.5cm, 209g, 形尋常, 硬度著シク軟, 表皮剝離容易ナリ。周圍脂
肪纖維發育佳良, 小腎ノ像分明, 星芒動脈強ク充盈シ, 皮髓ノ界不明ナリ。剖面ハ強ク濁濁シ, 灰白色ヲ呈ス。
皮質ノ厚サ0.5cm, 腎盂ニ粘膜出血斑アリ。腎盂周圍脂肪纖維發育佳良ニシテ腎盂異常内容物ナシ。

右腎: 大サ13cm×7.5cm×2.5cm, 204g, ソノ他ノ所見略々左腎ニ準ズ。

顯微鏡の所見: 絲球體細胞ニハ著變ヲ證明セザルモ, 毛細管內ニ赤血球存シテ鬱血ヲ示セル部アリ。ボー

マン氏囊ノ肥厚、囊上皮ノ増殖ハ認メ難シ。細尿管部ハ鬱血、出血甚シク、且變性モ亦タ強度ニシテ、殊ニ曲細尿管上皮ノ類癌性變化著シ。即チ一般ニ強ク潤濁シ、核ハ染色性ヲ失ヒ、壊死崩壊ニ陥リ、胞形不整ニシテ、無構造ノ塊狀ヲ示スモノ多ク、所々固有膜ヨリ剥脱セリ。直細尿管上皮ノ變性ハ曲細尿管上皮ニ於ケルガ如クハ甚シカラズ。潤管部、集合管部ニ於テハ、上皮ノ剝離變性ハ輕度ナルモ、腔中ニ「エオジン」ニ染色セル硝子様物質及ビ赤血球圓嚢ヲ見ル。石灰硬塞ハ何處ニモコレヲ認ムルヲ得ズ。

而シテ被膜剝離ヲナセシ右腎ト、然ラザル左腎トノ間ニハ相異ヲ證明シ得ザリキ。

考察：本例ニ於テハ不幸、死ノ轉歸ヲトリタルトハイヘ、腎被膜剝離ニヨリテ腎實質ニ加ハレル壓ヲ輕減セシメ、以テ排尿ヲ促スヲ得タリ。種々ノ原因ニヨリテ來ル無尿症ニハ縦ヒ必ズシモ生命ヲ救ヒ得ザル迄モ被膜剝離ヲ試ムベキモノナリト信ズ。

特發性脱疽ニ於ケルレーリッ シュ 氏手術ニ就テ

吉 野 位 (京都外科集談會昭和13年1月例會所演)

患 者：32歳、男子 (昭和12年8月入院)

主 訴：歩行時腓腸筋部疼痛及ビ左側第Ⅰ趾末指筋背面ノ難治性潰瘍

現病歴：昭和9年4月頃(約2年半前)ヨリ左下肢ニ冷感ヲ來シ、400~500mヲ普通ノ速度ニテ歩行スル時ハ左側腓腸筋部ニ疼痛ヲ覺エ、歩行困難トナリ、2~3分間安靜ヲ保ツ時ハ、再ビ歩行可能トナル。

同年1/XII、左側第Ⅰ指頭ニ小ナル創ヲ受ケ、治癒ノ傾向無ク反ツテ大トナレリ。

昭和10年9月本院外科ニ於テ、特發性脱疽ノ診斷ノ下ニ手術(transperitoneale beiderseitige lumbosakrale sympathische Ganglionektomie)ヲ受ケ、Beschwerdeハ著シク輕快シ、術後15日目左側第Ⅰ趾頭ニ帽針頭大ノ潰瘍ヲ殘シタル儘退院セリ。退院後モ此ノ潰瘍治癒セズ。

本年ニ至リ再ビ左側下肢ニ冷感ヲ來シ、長ク歩行スル時ハ潰瘍部及ビ腓腸筋部ニ疼痛ヲ來シ、暫時ノ休息ニ依リ疼痛去リ歩行可能トナル様ニナレリ。潰瘍モ之ト同時ニ次第ニ大トナリシガ1週間前、發熱ト共ニ潰瘍面ハ急速ニ大トナリ、疼痛甚ダシク、潰瘍周圍發赤シ熱感アリ。鼠蹊下淋巴腺有痛性ニ腫脹シ、上腿及ビ下腿内側ニ索狀ノ有痛性發赤腫脹ヲ來セリ。

現 症：體格榮養中等度。

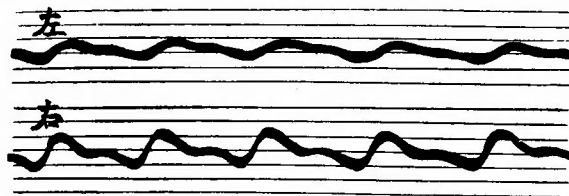
左側下肢ハ右側ト殆ンド同大ナリ。左側ハ右側ニ比シ冷感アリ。左側足背ヨリ内側部ハ瀰蔓性ニ發赤腫脹シ、熱感アリ。左側第Ⅰ趾頭ニ於テハ爪ハ缺如シ、爪床全部ニ互ル組織缺損アリテ1ツノ潰瘍ヲ示ス。其ノ基底ハ粗大顆粒狀ニシテ稍々蒼白ヲ呈セル肉芽組織アリ。濕潤ナルモ分泌物少シ。縁ハ不規則、限界銳利ニシテ皮下穿掘ヲ認メズ、第Ⅰ趾全體モ發赤シ殊ニ其ノ内及ビ外側ヨリ2條ノ索狀發赤アリテ、左側足背ノ内側ヨリ脛骨内顆後方ニ至ル。股三角部ニ2~3ノ多少壓痛ヲ有スル超鳩卵大ノ淋巴腺腫脹ヲ證明ス。下肢動脈々搏ハ股動脈、膝腘動脈ハ左右同大ニ觸ル、モ、後脛骨動脈、足背動脈ニテハ右側ハ辛ジテ觸知シ得ルモ、左側ハ全ク觸知セズ。

Moszkowiczsches Phänomen:

	右 側	左 側
大 腿 中 央 部	4''	13''
膝 關 節	9''	16''
下 腿 中 央 部	12''	29''
足 關 節	15''	39''
趾 尖 端	23''	41''

左右共ニ遲延セルモ、殊ニ左側ハ右側ニ比シ著シク遲延ス。

Popliteographieニ於テモ左側ハ右側ニ比シ著シク脈波低シ。



膝關節溫度ハ左側ハ右側ニ比シ 0.2
~0.5°C低シ。

血液ワ氏反應陰性。

診 断： 以上ノ所見ニ依リ特發性
脱疽ナルコト明ニシテ脱疽部感染シ
急性炎症ヲ合併セルナリ。

入院後経過： 左側第Ⅰ趾頭ノ潰瘍ハ徐々ニ進行ノ傾向アリシガ、入院4日目ヨリ左側足背ノ炎症々候増悪スルト同時ニ潰瘍ハ急速ニ大トナリ、更ニ趾頭ハ全ク壊疽性トナリ、其ノ分界線ハ鋭利ナリ。其ノ後足背ノ腫脹ハ去リタルモ壊疽部ハ益々擴大シ趾根ニ及ビ自發痛、壓痛共ニ激烈トナリ耐ヘ難クナレリ。

手術： レーリッシュ氏手術（昭和12年19/XI）。股三角部ニ於テ腫脹セル淋巴腺ヲ損傷セザル様股動脈外膜ヲ卵圓窩上縁ヨリ下方ニ約 8cm ノ間ニテ剝離ス。

術後経過： 手術直後ヨリ左側下肢ノ冷感去リ、疼痛モ輕減シ壊疽部ノ進行モ止ミタリ。術後7日目抜糸。手術創ハ第Ⅰ期癒合。壊疽部ノ境界ニハ健全ナル肉芽組織發達シ來リ、其ノ後此ノ肉芽面ヘハ表皮新生シ來リ、壊疽部ハ萎縮シ、術後30日ヲ經シ今日ニ於テハ壊疽部ハ殆ンド脱落セントスル状態ニ至レリ。

Popliteographic ニ依リ脈波ハ術前ニ比シ大トナラザリシモ、膝關節溫度ハ術後左右同温乃至左側ハ右側ニ比シ 0.2°C 高クナレリ。

考察： 本例ハ lumbosakrale sympathische Ganglionektomie ニ依リ一時輕快セン特發性脱疽ガ再發シ、之ニレーリッシュ氏手術ヲ行ヒ、手術後30日餘ニシテ経過觀察中ニテ將來ノ效果ハ不明ナルモ、現在ノ處明ニ良結果ヲ得タルモノナリ。

血管ヲ支配スル交感神經ハ一部ハ節狀索ヲ經由セズシテ直チニ大脳ト交通スルガ故ニ、今回ノ手術ガ治效果ヲ示シタルハ容易ニ理解セラル。依テ特發性脱疽ノ手術の療法トシテハ先ヅ、lumbosakrale sympathische Ganglionektomie ヲ行フ可キハ勿論ナルモ、無效乃至再發ノ場合高位切斷術ヲ行フ以前ニ於テ、Leriche-Operation ヲ試ミルコトハ決シテ無意義ニ非ザルコトヲ首肯セシム。

下肢榮養障礙ノ1例

竹 友 隆 雄（京都外科集談會昭和12年12月例會所演）

患 者： 30歳、男子

主 訴： 時々現ハレル左足ノ發赤、浮腫及ビ治癒困難ナル左第Ⅰ趾ノ潰瘍形成

現病歴： 約8年前ノ春ヨリ、何時トハ無ク、左足ニ浮腫ヲ來シタガ、殆ト苦痛モ無ク秋ニハ自然ニ消退シタ。其ノ翌年春頃板ガ落チテ、左側5趾共ニ損傷ヲ受ケ、發赤、腫脹、搏動性疼痛ヲ來シ、後損傷部ヨリ膿汁ヲ排泄シテ、約5ヶ月ヲ經テ創ハ全ク治癒シタ。更ニ其ノ翌年夏、左足ノ浮腫ト共ニ四肢及ビ胸部前面ニ約扁豆大ノ無刺戟發疹ヲ生ジ、或者ハ破壊シテ内容物ヲ排出シテ治癒シ、或者ハ痂皮ヲ生ジテ、其ノ儘退散シタ。以後毎年夏ヲ中心トシテ、同様ノ發疹ハ再發性ニ生ジ、現在ニ至ル。同年以後4ヶ年ハ5月頃ヨリ10月頃マデ左足ニ浮腫、發赤ヲ來シタガ、冬期ニハ全ク消失シテ、大シタ苦痛無ク経過シテ居タ。處ガ一昨年6月頃カラ左足ニ浮腫ト共ニ發赤ヲ來シ、長時間ノ歩行ニヨリ疲勞感ガ右ニ比ベテ遙カニ強クナツタ。此ノ頃足背及ビ足弓部ニ於テ、一部分皮膚色ハ黑變シ、4-5日ノ後、黑色物脱落ニヨリ潰瘍ヲ生ジタ。此ノ潰瘍ハ疼痛性ニシテ、長時間ノ歩行及ビ溫熱ニヨリ激シクナル。潰瘍ノ擴大スル時ニハ最初ノ潰瘍ニ近接シテ新タナ皮膚ノ黑變ヲ來シ、境界鮮明ナル潰瘍ヲ生ジテ最初ノ潰瘍ニ融合スル如クシテ行ハレタ。カカル状態ハ約5ヶ月續キ同年11月頃カラ治癒ニ向ヒ昨年1月ニハ創ハ全治シタ。

本年 5 月初メ再び左足ノ浮腫、發赤ト共ニ第 I 趾ニ一昨年ト同様ナ潰瘍ヲ生ジ、一向治癒セズ現在ニ至ル。
右足ハ發病來變化無ク、只 1 週間前、足關節部ニ約鶏卵大ノ發赤ヲ來シタガ、3—4 日デ自然ニ消退シタ。
既往歴：生來健全 7 年前無痛性ノ横痃ニ罹リ、驅微療法ヲ受ケタ事アリ。現在マデタ刻ノ體溫上昇、盜汗、咳嗽ヲ來セル來ナシ。

家族歴：特記スベキ事ナシ。

現在症：體格大、榮養佳良、骨骼頑丈、筋肉ノ發育良、脈搏、呼吸モ正常ナリ。心臓ハ正常、肺臓ハ兩側共ニ前面ハ第 IV 肋骨以上、後面ハ肩胛骨間腔ニ於イテ、呼吸音ハ *verschärft*, *verlängert* シテキルガ囉音ヲ證明セズ。兩側前腕ノ尺骨側、兩側下腿ノ伸側及ビ胸部前面ニ無數ノ帽針頭大ヨリ麻實大ノ古い皮膚瘢痕ガ散在ス。

局所々見：上腿ハ左右差異ヲ認メナイガ、下腿ハ其ノ下半ニ於イテ、左ハ右ニ比シテ稍々肥厚ス。左ノ足關節ヨリ末梢ハ一般ニ右ニ比シ著ク肥厚シ、象皮病様ヲ呈ス。左ノ足背、足趾ハ一般ニ *lividrot* ヲ呈シ、皮膚ハ菲薄濕潤ニシテ光澤ヲ有シ、羊皮紙様ヲ呈シ、著ク萎縮ノ狀態ヲ示ス。此ノ程度ハ趾端ニ向フ程強ク現ハレテキル。只ダ趾根部ニ於イテハ皮膚乾燥シ、落屑アリテ肥厚シ、角質増殖ノ狀ガ認メラレル。足内緣及ビ趾根部背面全般ニ皮下靜脈ガ擴張シ、蛇行シ、内容鬱滯、黒紫色ニ透見サレル。足内緣及ビ足背ノ處々ニ黒紫色ノ色素沈着ヲ認ム。

第 I 趾根部ノ背面ニ 1 ツノ肉芽面ヲ認ム。其ノ形ハ略ボ圓形、創縁ハ不規則デ鋭ク、創底ハ健康ナル肉芽ヲ以ツテ蔽ハル、創縁ハ *Hyperkeratose* 強ク肉芽面上ヘノ表皮形成ノ傾向ハ殆ド認メラレズ。Unterminierung ハ證明セズ。稀薄漿液性ノ分泌液ガ少量認メラレル。

左下腿中部以下ニ、拇指頭大ヨリ鶏卵大ノ暗赤色斑ヲ數個認ム。此ノ部ノ皮膚ハ滑澤ニシテ瘢痕狀ヲ呈ス。爪ハ 5 趾共ニ變形、彎曲シテ萎縮ス。

右側下腿ノ下 1/3、足ノ末梢 1/3 ハ著明ニ *lividrot* ヲ呈シ、5 趾共ニ其ノ背面皮膚ハ左ニ見ル如キ萎縮ヲ呈シテキルガ、其ノ程度ハ左方ヨリモ非常ニ輕度ナリ。兩足共ニ指壓ニヨリ *Delle* ヲ生ゼズ。

又兩下肢共何處ニモ著明ナル皮下硬結ヲ證明出來ズ。A. poplitea, A. dorsalis pedis ハ兩側共ニ觸レル事ハ出來、殆ド左右ニ差異ガ認メラレナイ。Popliteographie ニヨツテモ此レガ立證サレル。

觸覺、痛覺、溫覺ハ兩側共ニ障礙サレテ居ラズ、趾ノ運動ハ左側ニ於イテ稍々其ノ屈曲ハ不完全ナリ。

Moszkowicz's Phänomen：兩側共ニ遲延シ居ラズ、趾根部ヨリ先ハ左側ハ右ニ比シテ却テ稍々早クナツテキル。

血液所見：血液像、血球沈降速度、血液ノ凝固時間、出血時間、赤血球ノ滲透抵抗力共ニ特記スベキ變化ハ認メラレズ。

尿ニハ異常ヲ認メズ。

藥力學的検査ニヨルモ異常ナル銳敏度ヲ示シ居ラズ。

胸部レントゲン検査：兩側共、特ニ右側ハ肺門部ヨリ下葉ニカケテ輕度ノ影像ガ認メラレルノミデ、他ニ異常所見ガ證明サレナイ。

Tuberculin 反應：Mantoux ノ方法ニヨリ Alt-tuberculin 原液ヲ 1000 倍ニ稀釋シテ其ノ 0.1cc ヲ intracutan ニ *impfen* シタ處、約 10 時間ニシテ著明ナル發赤ヲ來シ、15 時間ニシテ直径 2cm ノ硬結ヲ證明シタ。

Vitamin-C 負荷反應：1 日—300mg ノ l-Ascorbinsäure ヲ 4 日間、合セテ 1200 mg ヲ負荷シタガ尿中ノ l-Ascorbinsäure ハ殆ド増加セズ。即チ C-Hypovitaminose ガ證明サレタ。

診斷及ビ考察：要スルニ此ノ例ニ見ル著明ナ所見トシテ、主ニ左足ハ一般ニ象皮病の肥厚ヲ示シ、皮膚ハ菲薄ニシテ羊皮紙様ヲ呈シ、爪ハ變形彎曲シテ著ク萎縮ノ狀態ヲ呈ス。一方皮膚ハ *lividrot* ヲ呈シ、靜脈ハ擴張蛇行シ靜脈鬱血ガ甚シク認メラレル。又一部分ニ於イテ治癒

困難ナル潰瘍ガ形成サレテ居ル。此ノ全體ヲ合セ考ヘルトドウシテモ此ノ局所ニ榮養障礙ガ存スルモノト理解サレル。

是ノ如キ榮養障礙ハ種々ノ場合ニ起リ得ルノデアルガ、第一ニ神經性障礙ニヨツテ起ル。其ノ内、中樞性障礙トシテ Syringomyelie ガ考ヘラレル。シカシ此ノ例ニ於テハ本病ノ主症候ヲナス筋麻痺、筋萎縮、纖維性痙攣、腱反射ノ消失、分離性知覺麻痺等ハ認メラレナイ。次ニ末梢性障礙トシテ Aussatz ガ考ヘラレル。シカシ本例デハ末梢神經ノ肥厚、知覺障礙 Macula 等ハ證明サレナイ。植物性神經支配ノ障礙ニヨツテカカル變化ガ現ハレ得ル。原因ハ未ダ良ク知ラレテ居ナイガ恐ラク此ノ生活神經支配ノ障礙ニヨルト考ヘラレテ居ル。Sclerodermie デモ類似ノ變化ガ認メラレル。又此ノ部類ニ屬スベキモノトシテ Erythromelalgie モ考ヘネバナラヌガ、現病歴ニ依ルモ創部ノ疼痛ノミニシテ特有ナ知覺刺激ハ無ク、實際ニ溫熱ヲ與ヘテモ發赤、疼痛ノ發作ヲ起シ得ナカツタ。

次ニハ全ク神經性障礙ヲ離レテ、主ニ血管ノ機械的の障礙ニヨリ局所ノ榮養障礙ヲ起スモノトシテ Erythema induratum Bazin ヲ舉ゲル事ガ出來ル。本疾病ハ多ク對稱性ニ來ルガ、此ノ例ノ如ク主ニ左側ノミニ強ク現ハレル場合モ珍シクナイ。發生部位ヲ考ヘテモ下肢、足ハ本病ノ好發部位ナリ。現在ニ於テハ定型の發赤ヲ伴ヘル淺在性硬結、或ハ此レヲ伴ハナイ深在性ノ硬結ヲ觸レル事ハ出來ナイガ、本病デハ硬結ハ其ノ儘吸收サレテ消失スル事モアルガ、又硬結内部ハ nekrotisch トナリ外へ破壊シテ Ulcus cruris ノ如キ潰瘍ヲ形成スル事アリ。此ノ潰瘍ノ後ニハ必ず癰痕ガ殘ル譯デ、此レガ繰返サレルト皮下ニ硬結、循環障礙ヲ來シ、象皮病様ヲ呈ス。只ダ本病ノ病變ガ多クハ靜脈周圍ニ起ルノデ、其ノ結果トシテモ循環障礙ヲ來スガ、本例ノ如ク動脈ニ何等ノ障礙モ認メラレナイノニ、靜脈鬱血ノミデカカル Nekrose ガ起ツテ良イカドウカ尙問題デアル。

前腕、下腿ニ散在スル無數ノ皮膚癰痕ハ其ノ部位等ヨリ推シテ papulo-nekrotisch ノ Tuberculid ノアツタ事ヲ思ハセルガ、Erythema induratum Bazin ナル疾病ハ現在結核菌ニ對シテ allergisch ナ人ガ結核菌產生毒素ニ對シテ局所デ異常ニ激シイ反應ヲ呈スル爲ニ起ル發疹ノ一種ト考ヘラレテ居ルノデ、此ノ點 Tuberculid ガ同時ニ存在シテ居タ事ハ此ノ例ヲ診斷スル上ニ意義アル事ト思ハレル。又 Tuberculin 反應ハ相當ノ鋭敏度デ陽性ニ現ハレタ事、Vitamin-C 負荷反應ニヨツテ C-Hypovitaminose ガ證明サレ、多クノ結核ガ C-Hypovitaminose 狀態デアル事ガ立證サレテキルノデ、本患者ノ現症ハ tuberculöse Natur デハナイカト思ハレル。

即チ主トシテ皮下結締織ノ靜脈及皮皮膚内ニ於ケル毛細管壁ニ關スル Tuberculid ノ發生、治癒ニヨツテ Haut 自身及皮皮下結締織中ニ榮養障礙ヲ來シタ結果ト考ヘラレル。

下肢榮養障礙ニ對スル腰部交感神經節切除術ニ就テ (前題參照)

竹 友 隆 雄 (京都外科集談會昭和13年2月例會所演)

患 者: 31歳, 男子

主 訴：時々現ハレル左足ノ發赤(但シ疼痛發作ヲ伴ハズ), 恒在性ノ左足浮腫及ビ治癒困難ナル左第I趾ノ潰瘍。

本例ハ昨年12月ノ本會席上ニテ報告サレタモノデアルガ當時ニ於ケル著明ナル所見ハ次ノ如クデアツタ。左足ハ一般ニ象皮病様肥厚ヲ示シ, 其中ニ部分的ニ皮膚ガ菲薄ニシテ, 羊皮紙様ヲ呈スル所アリ。爪ハ變形彎曲シテ著ク萎縮ノ狀態ヲ呈シテ居タ。皮膚ハ趾端ニ近ヅクニ從ヒ lividrot デ皮下靜脈ハ擴張, 蛇行シ, 靜脈鬱血ガ甚シク認メラレタ。第I趾背面ニ大豆大位ノ潰瘍ガ認メラレタ。左側足背動脈ノ搏動ハ全ク健常デアツタ。

上述ノ所見デ兎ニ角左足ニ榮養障礙ガ認メラレルノデアルガ, 其ノ原因ニ就テハ不明デアル。唯ダ兩側前腕, 兩側下腿ニ散在スル無數ノ小瘰癧ガ, papulo-nekrotisch ノ Tuberculid ノ存在シタ事ヲ思ハセル事, Tuberculin 反應強陽性ナリシ事, C-Hypovitaminose ガ存在スル事等ニ依リ本患者ノ現症ハ結核性ナリト松本教授ニヨリテ想像サレタノデアルガ, 然シ此ノ潰瘍自身ハ決シテ tuberculös ノ Bild ヲ備ヘズ, 即チ創底ハ健康ナル肉芽ヲ以テ蔽ハレ創縁ハ Hyperkeratose 強クシテ 肉芽面上ヘノ表皮形成ノ傾向ハ殆ンド認メラレナイガ Unterminierung ハ全然存在シナカツタノデアル。

此ノ患者ニ前同ノ集談會席上ニテ島湯教授ノ述ベラレタ事ニ從ヒ, 左右兩側腰部交感神經節狀索切除ヲ行ツタ。今日ハ術後41日ニナル。術後第2日目ヨリサシモ難治デアツタ潰瘍面ニ痂皮形成ノ傾向強ク此ノ痂皮下ニテ表皮形成並ビニ肉芽生育漸次進ミ, 術後4日ニシテ潰瘍ノ面積ハ手術當時ノ2/3トナリ。術後18日ニシテ完全ニ治癒シタ。ソレ以來今日マデ24日ニナルガ再發ノ徴ハ全クナイ。尙左足背ノ肥厚ハ多少減少シ, lividrot ノ色調ハ稍々褪セ, 其代リニ色素沈着ガ明瞭トナツタ。靜脈ノ鬱血狀態モ術前ヨリ多少輕減シタ感ガアル。皮膚溫ハ術前ト同ジク左右殆ド差異ヲ認メナイ。足背動脈ハ兩側共ニ健常デ術前ト變化ハナイ。Popliteographie ニ依テモ此ガ證明サレテ居ル。

考察：本患者ノ左足ノ榮養障礙ノ原因トシテハ動脈系ノ循環障礙ハ全ク除外サレル。即チ足背動脈ハ左右同等正常ニ觸レタ事, Popliteographie ニヨリ此レハ立證サレタ事, Moszicowicz ノ Phänomen モ左右共正常デアル事ニ依テ明カデアルガ交感神經節狀索切除ガ急速ニ治效ヲ奏シタノハ何故デアロウカ。是ノ如キ慢性ノ潰瘍, 殊ニ下肢ニ於ケルモノハ患部ノ安靜ノミニヨリテモ急速ニ治癒ニ赴キ得ル事ガ知ラレテ居ルガ本例デハ少クトモ入院後50日間ハ殆ンド安靜ヲ保ツタニ拘ラズ, 入院時 1.21cm² アツタ潰瘍ハ手術時其ノ3/4マデ縮小サレタニ過ギズ, 此ガ手術後僅々18日ニテ完全ニ治癒シタ事ハ明カニ手術ノ效果ヲ物語ルモノデアル。交感神經節狀索切除手術(即チ伊藤大澤氏手術)並ビニ Leriche ノ動脈外圍交感神經切除術ノ治癒機轉トシテハ從來ハ單ニソノ手術ニ依ツテ, 現ニ阻害サレテ居ル動脈血行ガ正常ニ近クマデ強大トナル事ノ二次的結果ト許リ考ヘラレテ居ツタ。處ガ最近佐伯博士ノ實驗ノ結果「交感神經支配ノ遮斷ハ配下一切ノ組織細胞ノ一切ノ生理的機能(生活力)ヲ正常以上ニ增強セシメルモノニシテ正常ノ血流ガ正常以上ニ, 或ハ阻害サレテ居ル血流ガ正常ニ近ク迄增強サレル事モ亦タ其レト koordiniert ノ現象デアル。」トノ見解ニ到達シテ居ル。

細胞機能ノ調節上, 迷走神經ニ對シテ阻止的ニ作用シテ居ル交感神經支配ノ遮斷セラレタ事ニヨツテ調節ヲ失ヒ, 爲ニ一過性ニ細胞機能ハ正常以上ニ增強サレルノデアル。

本例ノ如ク最初カラ動脈系ノ循環障礙モ無ク, 又術後ニ於ケル血行ノ正常以上ノ增強モ立證サレズシテシカモ潰瘍ガ治癒シタトイフ事實ハ佐伯博士ノ動物實驗ニ立脚セル上述ノ見解ガ正

當デアル事ヲ臨床上ニ立證シ得タモノト考ヘル。

Friedrich ガ嘗テ經驗シタ例ニ、下肢ノ慢性潰瘍ニ Leriche ノ手術ヲ施シタ處 A. femoralis ニ激烈ナル侵蝕性出血ヲ起シタ爲ニ止ムヲ得ズ A. femoralis ヲ結紮シタ處、創ハ急速ニ治癒ニ向ツタ事ヲ述べ、末梢部血行ノ恢復トイフ事丈ケデハ此ノ脈搏消失シテ、冷却シタ下肢ニ於イテ創ガ治癒シタトイフ事實ハ説明ガツカス。コレニハ何カ他ニ Factor ヲ考ヘネバナラヌトシテ居ルガ佐伯博士ノ上述ノ見解ニ從ヘバ其可能ナルベキ事ハ容易ニ理解サレルノデアル。要スルニ本例ハ交感神經支配遮斷ハ末梢部ノ一切ノ組織細胞ノ生活力ヲ高メルモノニシテ、其レニヨリテ潰瘍モ治シ、且ツ血流モ旺盛ナルモノデアツテ、此ノ2ツノ事實ハ相互ニ koordiniert ノモノデアル。決シテ血流ノ旺盛ナル事ノ二次の結果トシテ、即チ血流旺盛ニ subordiniert ニ潰瘍ガ治癒スル次第デハナイトイフ見解ヲ臨床上ニ肯定スル事ノ出來タ1例デアル。

短趾症ノ2治驗例

山 本 四 明 男 (京都外科集談會昭和13年1月例會所演)

短趾症ハ主トシテ第Ⅳ趾ニ短縮ヲ來シ、之ヲ第Ⅳ趾短縮症ト稱セラレ、殊ニ妙齡ノ婦女子ニ多シ。最近神中氏法ニヨリ治癒セル2例ヲ得タルヲ以テ茲ニ報告ス。

第1例 17歳ノ女子

主 訴： 兩側第Ⅳ趾ノ短縮

遺傳的關係並ニ既往歴ニ特記ス可キコト無シ。

現病歴： 11歳ノ時始メテ兩側第Ⅳ趾ノ短縮セルニ氣附キシガ、爾來其ノ度ヲ増ス。

局所々見： 兩側第Ⅳ趾ハ第Ⅴ趾ヨリ約0.5糎短縮シ、且ツ稍々萎縮ス。皮膚ノ色等ニ變化ナク、循環障礙ヲ認メズ。

一般所見： 異常ヲ認メズ、特ニ他ニ畸型等ヲ認メズ。

レ線像： 兩側第Ⅳ趾骨ハ短縮シ、陰影稀薄ニシテ骨質ノ發育不充分ノ像ヲ示ス。趾骨ハ3個共存スルモ何レモ大サ小ニシテ骨質發育不充分ナリ。猶第Ⅰ趾骨ハ長徑短縮シ且ツ骨幹部ニ於テ横徑モ縮小セル爲恰モ瓢形ヲ呈ス。

診 斷： 第Ⅳ趾短縮症

手 術： 腰椎麻酔ノ下ニ先ツ脛骨髁ヨリ巾約1糎、長約3糎ノ骨膜附着骨片ヲ取り、之ヲ2分シ此ノ骨片ノ兩端ヲ凸字形トナシ、次ニ第Ⅳ趾ノ趾骨趾骨關節上ニ約3糎ノ皮膚切開ヲ縱ニ入レ伸趾筋腱ヲ避ケ關節囊ニ達ス。之ヲ切開シ手廻錐ニテ兩關節軟骨面中央ニ小孔ヲ穿チ、此ノ小孔ニ上述ノ脛骨ヨリノ骨片ヲ突起部ヲ嵌入シ、關節囊ヲ閉ジ皮膚縫合ヲナス。術後直ニ足關節以下ニ「ギプス」固定ヲナシ術後10日目ニ「ギプス」除去、同時ニ拔絲ヲナス。手術創ハ第Ⅰ期治癒ヲナス。更ニ約1ヶ月「ギプス」固定、次ニ約1週間厚紙副木固定ヲナシ、除去後歩行時ニ輕度ノ疼痛アリシモ次第ニ疼痛ハ消失シ、今日ニテハ歩行時又ハ爪先ニテ立ツ際ニ疼痛無キモ起坐ノ際猶輕度ノ疼痛アリ。外觀ハ殆ンド尋常トナル。

第2例： 23歳ノ女子

主 訴： 兩側第Ⅳ趾ノ短縮及ビ兩側下腿ノ彎曲

遺傳的關係並ニ既往歴ニ特記ス可キコト無シ

現病歴： 12, 3歳ノ頃始メテ左第Ⅳ趾ガ、間モ無ク右第Ⅳ趾モ短縮セルニ氣附ク。爾來徐々ニ其ノ度ヲ増ヘ。又15歳頃ヨリ次第ニ兩側下腿ガ外方ニ彎曲スルヲ氣附キシガ歩行障礙ハ無シ。

局所々見： 兩側第Ⅳ趾ハ第Ⅲ趾ヨリ著シク短縮シ、特ニ左第Ⅳ趾ハ第Ⅴ趾ヨリ發育惡ク第Ⅲ趾ヨリ約1.5

脛短縮セルモ第Ⅴ趾ヨリ稍々長シ。又兩側下腿ハ外方ニ彎曲ス。

一般所見：異常ヲ認メズ。

レ線像：兩側第Ⅳ趾骨特ニ左側ハ第1例ト略々同様ノ像ヲ示ス。

診 斷：第Ⅳ趾短縮症及ビO-脚

手 術：腰椎麻酔ノ下ニ第1例同様左脛骨櫛ヨリ巾約1糎、長サ約4糎ノ骨片ヲトリ之ヲ2分シ兩側第Ⅳ趾ノ趾骨趾骨關節内ニ嵌入シ同時ニ左脛骨ノ截骨術ヲ行ヒ、腸線ニテ皮膚縫合ヲナシ、¹ギブス²固定ヲナス。今日ニテハ手術創ハ第1期治癒ヲナシ、壓痛等モ無ク外觀モ尋常トナル。

考察：元來第Ⅳ趾短縮症ハ機能上何等ノ障碍ナク唯美容上ノ缺陷ニ過ギザルニヨリ、外觀上短縮趾ガ延長サヘスレバ其ノ目的ヲ達成ス。其ノ點ヨリ本法ハ術式簡單且ツ確實ニシテ、又早期歩行可能等ノ利點アリ。

臨床診斷ト手術所見

大脳腫瘍剔出例

上 原 孫 作 (京都外科集談會昭和13年1月例會所演)

患 者：10歳、男

主 訴：癲癇様發作

現病歴：2歳ノ春麻疹ニ患リ、發疹第2日日ニ全身ニ痙攣ヲ來シタ。ソノ痙攣ハ搐搦性デアツテ、手足ニZyanoseヲ來シ意識不明トナリ約30分ノ後ニ消失シタ。其後1週間程ハ毎日同様ノ痙攣發作ガアツテ時ニBettヨリ轉落シタコトモアル。以後左上肢ニ運動障碍ヲ來シ粗大力衰ヘ微細運動ガ ungeschickt トナツタ。

以來同様ノ輕イ發作ガ過食シタリ、精神的ニ興奮シタ後頻々ト起ル様ニナツテ昭和11年9月頃ヨリハ上肢ヨリ痙攣ヲ發スル様ニナツタ。ソノ様子ハ聲ヲ發シテ先ヅ左上肢ヲ舉上シ、次ニ兩手ヲ胸ノ前ニ組ミ合ハセ時ニ轉倒スルコトガアルガ其際ニ必ズ右側ニ倒レルヲ常トヘル。

斯様ナ發作ハ本年ニ入リテ特ニ其頻度ヲ増シ、最近ハ1日ニ2〜3回デ1〜2分間デ消失スルヲ常トスル。小學校ノ成績ハ中等デアルト言フ。

既往歴及ビ遺傳歴ニ特記ス可キモノハナイ。

現症：體格中等、榮養佳良、皮膚稍々蒼白、顔貌稍々無慾狀デ頭部ニハ右前額及ビ側頭部ニ數個ノ癰痕ヲ認メルガ異常型デハナク、頭蓋骨ニ畸型ヲ認メナイ。

左ノ口角及ビ下唇ノ左ニ於テ時々輕度ノ痙攣ヲ認メルガ唇音ハ明瞭デアリ頰ヲ膨ラマス運動モ左右著明ナ差ヲ認メズ。眼球運動ハ正常ニ保持サレテ居ル。胸腹部ノ内臟諸器官ニハ異常ナシ。左上肢ハ右側ニ比シ多少萎縮シテ居ツテ、萎縮ハ上膊ニヨリ著明デアル。ソノ位置ハ稍々外轉シ Krallenhand 位ヲツテ居ル。

手ノ微細運動ハ ungeschickt デ強直ガアリ骨膜反射、腱反射共異常亢進ヲ示シテオル。時々前膊並ビニ手指ニ輕イ搐搦ヲ認メル。感覺異常ハ證明サレナイ。

左下肢ニハ萎縮ハ認メラレナイガ多少ノ強直アリ、腱反射稍々亢進シ足及ビ膝蓋搐搦ヲ證明スル。バビンスキー、オツペンハイム等 abnorme Reflexハ證明サレズ。

腹壁反射、提睾反射ハ左右差異ヲ認メズ。

入院中我々ノ觀察シ得タル發作ハ聲ヲ發スルコトナク全く突然ニ、シカモ瞬間的ニ、左上肢ヲ垂直ニ舉上シ、此際顔貌ハ全く無表情、強直性デ兩眼ハ前方ノ遠點ニ固定サレテ居ル。脈搏、呼吸ニハ特別ノ變化ヲ認メズ。數秒ノ後ニハ此等ノ發作ハ緩解シ唯兩手ヲ胸ノ前方ニテモムガ如キ無意識運動ヲ營ム。發作中意識ハ多少濁濁シ居ル様デアル。retrograde Amnesieハ殆ド證明サレズ。

血液所見：赤血球數515萬、Hæmoglobin 含有量71% (ザーリー)、白血球數10,200、血液像ニ異常ヲ認メ